



Washington
Apple Health
for Kids

កម្មវិធីសុខភាព អ៊ីបផល សម្រាប់កុមារ

សម្រាប់កូនក្មេងនៅក្នុងរដ្ឋ
វ៉ាស៊ីនតោន និងយុវវ័យ



ខ្សែទូរស័ព្ទដោយឥតគិតថ្លៃលេខ 1-877-543-7669

ប្រតិបត្តិការនៅចាំរដ្ឋលោកអ្នក ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ថ្ងៃច័ន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ឬអ៊ីម៉ែលនៅក្នុងពាក្យសុំរបស់លោក អ្នកក្នុងថ្ងៃនេះ !

ព័ត៌មានអាចបាននៅក្នុងវេបសាយ: <http://www.AppleHealthForKids.wa.gov/>

ក្រសួងសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ច របស់រដ្ឋ Washington DSHS 22-394 CA (Rev. 2/09)

កុមាររាប់ពាន់នាក់ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ អាចមានសិទ្ធិ

កម្មវិធីសុខភាពដែលផលសម្រាប់កុមារ និងក្មេងជំងឺនៅក្នុង គ្រួសារជាច្រើនប្រភេទ ។

- កុមារដែលមានឪពុកម្តាយតែមួយ
- កុមារដែលមានឪពុកម្តាយជាអ្នកធ្វើការ
- កុមារដែលរស់នៅជាមួយយាយតា គ្រួសារ ដែលរស់នៅក្រោមការ គ្រប់គ្រងរបស់ពួកគេ ឬមិត្តភក្តិដទៃទៀត
- កុមារទាំងឡាយដែលមានឪពុកម្តាយពីរនាក់
- ក្មេងជំងឺ (ក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំ)

បើទោះបីជាកុមារមានស្ថានភាពសុខភាពមិនមែនដោយ ក៏នៅ តែមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរ ។

តើសេវាប្រភេទអ្វីខ្លះដែលមានការធានារ៉ាប់រង ?

កម្មវិធីសុខភាពដែលផលសម្រាប់កុមារជាការធានារ៉ាប់រងសេវាជា ច្រើន ដើម្បីធ្វើកុមារមានសុខភាពល្អ ។ ពេលដែលកូនរបស់លោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានហើយ

លោកអ្នកនឹង ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីទទួលបានការថែទាំ ។

សេវាមួយចំនួនដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមាន:

- ការសួរសុខទុក្ខរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងគិលានុបដ្ឋាក
- ការថែទាំសុខភាពធ្មេញ
- ការពិនិត្យសុខភាព និងថែទាំថ្នាំបង្ការ
- វិធីព្យាបាលអាករដោយប្រើចលនា និងសម្តី
- ការដឹកជញ្ជូនទៅពិនិត្យសុខភាពនៅការិយាល័យ
- មន្ទីរពេទ្យ និងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់
- វេជ្ជបញ្ជា
- ជំនួយដល់ការមើល និងការស្តាប់
- ផែនការគ្រួសារ
- ការប្រឹក្សា និងលើសពីនេះទៅទៀត!

តើខ្ញុំដឹងថាកូនរបស់ខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយរបៀបណា ?

ដំណើរការវាយតម្លៃសុខភាពដោយស្រួល ហើយគ្រួសារដែលមានការងារ ធ្វើ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ។ ប្រាក់ចំណូល ទំហំគ្រួសារ (ត្រូវប្រាកដថាបានបូកបញ្ចូលទារក ក្នុងផ្ទះ ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ) និងចំណាយ ប្រចាំខែមួយចំនួន ទៀត ត្រូវមានការពិនិត្យដើម្បីស្នើសុំសិទ្ធិទទួល ។ ដើម្បីដឹងថា តើកូនរបស់លោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ ចូរធ្វើតាមជំហានដោយស្រួលខាងក្រោម ។ បន្ទាប់មកប្រៀបធៀបប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់លោកអ្នកជាមួយនឹងតារាងចំណូល និងចំណាយ ។

ជំហាន 1

សូមសរសេរឈ្មោះសមាជិកក្នុងគ្រួសារលោកអ្នកចូលក្នុង តារាង ប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែប្រចាំខែរបស់អ្នក (មុនពេលដកថ្លៃ)

• ដកចំណាយថែទាំកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលទាក់ទងនឹងការ ងារ ដែលលោកអ្នកបានទូទាត់រួច ។	\$ _____
• ដកប្រាក់ប្រចាំខែដែលគុណការបញ្ជាឱ្យលោកអ្នកបង់ឧបត្ថម្ភ កុមារដែលរស់នៅខាងក្រៅផ្ទះ ។	_____
• ដកប្រាក់ពីមនុស្សពេញវ័យដែលកំពុងធ្វើការងារម្នាក់ៗ\$90 នៅក្នុងគ្រួសារ ។	_____

ជំហាន 2

ធ្វើការប្រៀបធៀបដើម្បីដឹងថាតើលោកអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ហើយ ឬនៅ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលគ្រួសារប្រចាំខែលោកអ្នកមានជិតស្មើនឹង ចំនួនទឹកប្រាក់នៅលើតារាងនេះ កូនលោកអ្នក អាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ក្នុងការទទួលបានការធានា រ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមានតម្លៃទាប!

មនុស្សជាច្រើន អាចរកប្រាក់ចំណូលបានបន្ថែមទៀត ហើយនៅ តែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ខ្ពស់ជាងប្រាក់ចំណូល នៅក្នុងតារាង សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-543-7669 ។

Number of People in Family (includes parents and children)	Approximate income per month (after deductions from Step 1)
1	up to \$2,708
2	up to \$3,643
3	up to \$4,578
4	up to \$5,513
5	up to \$6,448
More	Add \$935 for each additional family member

កិត្តិយសប្រាក់ចំណូល បានកើនឡើងរៀងរាល់ខែមេសា ។ តារាងនេះ ត្រូវសំរាប់ការធានាសុខភាពសំរាប់កុមារដែល មានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ តែប៉ុណ្ណោះ ។ កម្មវិធីសុខភាពសម្រាប់កុមារមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អាចមានសំរាប់គ្រួសារ និងស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ ។ ដើម រឺស្ត្រីដែលប្រើប្រាស់ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-543-7669 ។

ការដាក់ពាក្យសុំមានភាពងាយស្រួល!

1. ចំពេញពាក្យសុំដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយនឹងឯកសារនេះ ។
2. បែកទំព័រដាក់ពាក្យសុំចេញ ។
3. ដកស្រោមសំបុត្រចេញពីពាក្យសុំ ។
4. ភ្ជាប់ច្បាប់ថតចម្លងនៃសេចក្តីបញ្ជាក់អំពីប្រាក់ចំណូលជាមួយជាមួយនឹងពាក្យសុំ ។ ឧទាហរណ៍:
 - បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់កាលពី 30 ថ្ងៃមុន
 - ប័ណ្ណប្រាក់អធិបតីកម្មឆ្នាំមុន ឬ
 - លិខិតបញ្ជាក់ពីនិយោជករបស់លោកអ្នក ដែលផ្តល់ចំណូលដុល ប្រចាំខែរបស់លោកអ្នក ។
5. ដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រ ។
6. ដាក់ចូលទៅក្នុងប្រអប់សំបុត្រណាមួយក៏បាន មិនត្រូវការតែមេ ។

តើកូនរបស់ខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាប់ចំណូល ?

- កុមារទាំងឡាយត្រូវបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដំបូងដោយ ឥតគិតថ្លៃ ។
- លោកអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ក្នុងរយៈពេល 6 សប្តាហ៍ដែលដោះដោយធ្វើឱ្យលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងមានការ យល់ព្រមហើយ ឬទេ? ។
- នៅពេលដែលកូនតូចរបស់លោកអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតហើយ ពួកគេអាចទទួលសេវាថែទាំសុខភាពបាន យ៉ាងឆាប់រហ័ស ។
- ចំពោះដំណើរការដែលល្បឿនជាងនេះទៀត ត្រូវប្រាកដថាបាន ចំពេញពាក្យស្នើសុំឱ្យបានចប់សព្វគ្រប់ ហើយភ្ជាប់កសិករ នៃប្រាក់ចំណូល ។
- រៀងរាល់ 12ខែម្តង លោកអ្នកនឹងបានទទួលបានទម្រង់មួយ ច្បាប់ដើម្បីបន្ត ការធានារ៉ាប់រងរបស់កូនលោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយទៀត ។

កម្មវិធីសុខភាពដែលផលសម្រាប់កុមារ

ការធានារ៉ាប់រងមានតម្លៃទាប ឬឥតគិតថ្លៃ

- អាស្រ័យទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់លោកអ្នក ។
- កុមារទាំងឡាយត្រូវបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដំបូង ដោយ ឥតគិតថ្លៃ ។
- ប្រាក់បុព្វលាភគិតជូនប្រចាំខែ គឺ \$15 ក្នុងមួយខែសម្រាប់កុមារ ម្នាក់ ។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកមានកូនច្រើននាក់ ឬច្រើនជាងនេះ លោកអ្នក នឹងចំណាយត្រឹមតែបីផ្នែកនៃប្រាក់បុព្វលាភតែប៉ុណ្ណោះ ។
- ការធានារ៉ាប់រងខ្លះអាចជាប្រតិសកម្ម ការដាក់ពាក្យសុំចំពោះ វិក័យប័ត្រដែលមិនទាន់បានបង់ រហូតដល់រយៈពេល 3 ខែ ។





Washington State
Department of Social
& Health Services

ការដាក់ពាក្យស្នើសុំ សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ កូនលោកអ្នក



ការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះសម្រាប់តែ ការធានារ៉ាប់រងផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រដល់កុមារ និងក្មេងៗដែលស្ថិតនៅក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំ ។ អ្នកណាក៏អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យបានដែរ។ កុមារអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំដោយខ្លួនឯងបាន ។ **យើងនឹងធ្វើពិនិត្យមានតាមដានទាំងអស់ ទៅឱ្យមនុស្សដែលមាន រៀបរាប់ឈ្មោះនៅក្នុងប្រអប់ទី 1 ។** ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំនួរ ឬចង់បានជំនួយក្នុងការបំពេញ ទម្រង់នេះ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-543-7669 ។ យើងរីករាយនឹងជួយលោកអ្នក!

សូមអរសេរដោយប្រើទឹកថ្នាំពេទ្យ ឬពេទ្យផ្សេងទៀត ។ ហាមប្រើខ្មៅដៃ ។ (សូមរៀបរាប់ព័ត៌មានក្តោយ អាណាព្យាបាល ឬមនុស្សសំរាប់ ទាក់ទង ដែលត្រូវទទួលបានព័ត៌មានតាមដាន)

1 គោត្តនាម	នាមកណ្តាល	នាម	
2 អាសយដ្ឋានដែលលោកអ្នករស់នៅ	ផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដប៊ូប
3 អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ (ប្រសិនបើខុសគ្នា)	ផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ លេខកូដប៊ូប
4 លេខទូរស័ព្ទ	5 តើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងការនិយាយ ការអាន ឬការសរសេរ ដែរឬទេ ?		បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
ផ្ទះ ()	តើទម្រង់ផ្ទាំងប្តូរ ឬភាសាអ្វី ដែលអ្នកត្រូវការ ? _____		
ការងារ ()	តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែទេ ? (ប្រសិនបើត្រូវការ យើងខ្ញុំនឹងជួយលោកអ្នកតាមរយៈអ្នក បកប្រែ ។)		បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
សារ ()	តើអ្នកនិយាយភាសាអ្វី ? _____		
	6 តើកុមារដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ មានលក្ខខណ្ឌសុខភាព ដែលតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ ដែរឬទេ ?		បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	តើមានអ្នកណាម្នាក់ ដែលនៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកមាន ផ្លូវពោះ ដែរឬទេ ?		បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
	ប្រសិនបើ "មាន" តើគាត់នោះជាអ្នកណា ? _____		

ព័ត៌មានទូទៅ

7 សូមរៀបរាប់សមាជិកគ្រួសារ ដែលរស់នៅជាមួយគ្នា ។
(ប្រសិនបើត្រូវការ សូមភ្ជាប់ក្រដាសដាច់ដោយឡែកមួយសន្លឹក ដើម្បីរៀបរាប់សមាជិកគ្រួសារបន្ថែមទៀត ។

ឈ្មោះ (គោត្តនាម នាមកណ្តាល នាម)	ភេទ ប្រុស ឬ ស្រី	ត្រូវជាអ្វីនឹង លោកអ្នក	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)	លេខសន្តិសុខសង្គម អាចប្រើសរសេរបាន *- អាចប្រើសរសេរបាន	សហរដ្ឋអាមេរិក ប្រជាពលរដ្ឋ បាទ/ចាស ទេ	ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ)	សូមរៀបរាប់ថ្លៃដែលកុមារ បានមកដល់សហរដ្ឋ អាមេរិក	តើមានមនុស្ស ម្នាក់ទៀត ប្រជាពលរដ្ឋ តិរច្ឆាន ប្រជាពលរដ្ឋ
A. ទីពេញមួយ អាណាព្យាបាល ឬខ្លួនលោកអ្នកផ្ទាល់				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			តើមានមនុស្សម្នាក់ទៀត ប្រជាពលរដ្ឋ តិរច្ឆាន ប្រជាពលរដ្ឋ ?
B. ប្តីប្រពន្ធ ឬទីពេញមួយដទៃទៀត (ប្រសិនបើរស់នៅក្នុងផ្ទះ)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			បាទ/ចាស ទេ
C. រៀបរាប់កុមារ និងក្មេងៗដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ (អ្នកដែលចង់បានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. សូមរៀបរាប់មនុស្សពេញវ័យ/កុមារដទៃទៀត ដែលនៅក្នុងផ្ទះ (អ្នកដែលមិនចង់បានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)				*			ចំណាំ: សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវឯកសារណាមួយ ដែលបង្ហាញពីស្ថានភាពរបស់កុមារ ។	<input type="checkbox"/>
				*				<input type="checkbox"/>

8 តើមានកុមារអាយុក្រោម 19ឆ្នាំ នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នក ពិការទេ ? បាទ/ចាស ទេ
ប្រសិនបើ "មាន" តើជានរណា ? _____

ចំណាយ ព័ត៌មាននេះ អាចជួយកូនលោកអ្នក មានលក្ខណៈ សម ត្រូវត្រូវគ្រាន់ ។

9 តើលោកអ្នកមានចំណាយប្រាក់ទៅលើការថែទាំកូននោះទេ ពេលដែលលោកអ្នកធ្វើការ ដែរឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើ "មាន" តើចំណាយអស់ចំនួនក្នុងមួយខែ ? \$ _____
តើលោកអ្នកមានចំណាយប្រាក់ទៅលើការថែទាំ មនុស្សពេញវ័យពិការម្នាក់ ដែលនៅក្នុងផ្ទះ នោះទេ ពេលដែលលោកអ្នកធ្វើការ ដែរឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើ "មាន" តើចំណាយអស់ចំនួនក្នុងមួយខែ ? \$ _____

10 តើលោកអ្នកមានចំណាយប្រាក់គាំទ្រកូនតាមបញ្ហាគុណភាព សំរាប់កូនដែលមិនរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នក ដែរឬទេ ? បាទ/ចាស ទេ ប្រសិនបើ "មាន" តើចំណាយអស់ចំនួនក្នុងមួយខែ ? \$ _____



ការចំណាយដុល ទៅលើប្រាក់ចំណូលចូល (មុនពេលបង់ពន្ធ ឬចំណាយ) ។

(សូមភ្ជាប់សេចក្តីបញ្ជាក់នៃប្រាក់ចំណូលសម្រាប់រយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ)

<p>11 ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទនិយោជករបស់អាណាព្យាបាល</p> <p>()</p>	<p>ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតរបស់គ្រួសារ</p> <p>15 ផ្គត់ផ្គង់កុមារជាប្រាក់ដុល្លារ</p>	<p>ចំនួនដែលបានទទួល ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ</p> <p>\$</p>	<p>សមាជិកគ្រួសារមួយណា រកប្រាក់ចំណូលនេះ ?</p>
<p>12 ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកបានទទួលក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ មុនពេលពន្ធ ឬការចំណាយបានអនុវត្ត:</p> <p>\$ _____</p> <p>តើការទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរកស៊ីនិងនេះ មានចំនួនប៉ុន្មាន ? *</p> <p>\$ _____</p>	<p>16 ប្រាក់ខែដែលទិញទៅប្រពន្ធកិតជាដុល្លារ</p> <p>17 ចំណាយផ្នែកសន្តិសុខសង្គមកិតជាដុល្លារ</p>	<p>\$</p> <p>\$</p>	
<p>13 ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទនិយោជករបស់ប្តីប្រពន្ធ (ឬអាណាព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ)</p> <p>()</p>	<p>18 កម្រៃរបស់អ្នកគ្មានការងារកិតជាដុល្លារ</p> <p>19 ប្រាក់ចំណូលពីការដាក់វិនិយោគ/ការប្រាក់/ប្រាក់ចំណែកកិតជាដុល្លារ</p>	<p>\$</p> <p>\$</p>	
<p>14 ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលប្តីប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក (ឬអាណាព្យាបាល ផ្សេងទៀតដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ) បានទទួលនៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ មុនពេលពន្ធ ឬការចំណាយបានអនុវត្ត:</p> <p>\$ _____</p> <p>តើការទទួលប្រាក់ចំណូលពីការរកស៊ីនិងនេះ មានចំនួនប៉ុន្មាន ? *</p> <p>\$ _____</p>	<p>20 ប្រាក់កម្រៃរបស់អតីតយុទ្ធជនកិតជាដុល្លារ</p> <p>21 ការងារ និងស្បៀងកម្មកិតជាដុល្លារ</p>	<p>\$</p> <p>\$</p>	
<p><small>*ប្រសិនបើលោកអ្នក ឬប្តីប្រពន្ធរបស់លោកអ្នក (ឬអាណាព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះ) គឺជាអ្នករស់នៅក្នុងផ្ទះ លោកអ្នកអាចទទួលបានការ កាត់បន្ថយមួយផ្នែក ។ សូមទូរស័ព្ទ 1-877-543-7669 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬនាឡិកា ការដាក់ពាក្យសុំ ។</small></p>	<p>22 ការចែករំលែកប្រាក់ដុល្លាររបស់ទាហាន</p> <p>23 ផ្សេងទៀត (សូមពន្យល់)</p>	<p>\$</p> <p>\$</p>	
<p>24 តើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់ការមិនចំណាយ ទៅលើឱសថ នៅក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃចុងក្រោយ ដល់តួលេខ អ្នក ដែលលោកអ្នកកំពុងតែដាក់ពាក្យសុំ ដែរឬទេ ? បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p> <p>ប្រសិនបើ " បាទ/ចាស " សូមផ្ញើសេចក្តីឯកចម្រង នៃប្រាក់ចំណូល ក្នុងគ្រួសារប្រចាំខែ ដែលលោកអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើល ។</p>			

ព័ត៌មានស្តីពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព សូមប្រាប់យើងខ្ញុំពីការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់លោកអ្នកដែលមានរួចជាស្រេច ។

<p>25 A តើតួនាទីដែលអ្នក កំពុងតែដាក់ពាក្យស្នើសុំមានការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាពហើយ ឬ នៅ ?</p> <p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>	<p>25 B ប្រសិនបើ " ខ្ញុំ " តើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនោះ ធានារ៉ាប់រង វេជ្ជបណ្ឌិតចំពោះ វិជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ការស្និទ្ធិ (វិទ្យុប្រាបាលពោត) និង សេវាពិសោធន៍ ដែរឬទេ ?</p> <p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>	<p>26 A តើតួនាទីរបស់លោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រង ពីផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពទាក់ទងនឹងការងារ នៅក្នុងរយៈពេល 4 ខែចុងក្រោយមែនទេ ?</p> <p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>	<p>26 B ប្រសិនបើ " មាន " តើប្រាក់កំលាំងមានតម្លៃចំនាង \$50 ដុល្លារ ក្នុងមួយខែ សម្រាប់អ្នកនៅក្នុងចំណុចមែនទេ ?</p> <p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>
<p>27 ប្រសិនបើលោកអ្នកបានពិនិត្យ " បាទ/ចាស " នូវសំណួរខាងលើណា មួយ (25 a ឬ b 26 a ឬ b) សូមដាក់ឈ្មោះក្នុងបញ្ជី នៃក្រុម ហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬនិយោជកដែលបានធានារ៉ាប់រងសុខភាព សម្រាប់តួនាទីរបស់លោកអ្នក ។</p>			
<p>ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬនិយោជក</p>	<p>លេខគោលនយោបាយ</p>	<p>ឈ្មោះរបស់អ្នកកាន់គោលនយោបាយ</p>	<p>លេខសន្តិសុខសង្គម របស់អ្នកកាន់គោលនយោបាយ (អាចជ្រើសរើសបាន)</p>

ជាតិសាសន៍របស់តួនាទី/ប្រវត្តិសញ្ជាតិ (ផ្តល់ព័ត៌មានដោយស្ម័គ្រ ចិត្ត)

<p>យើងខ្ញុំឱ្យលោកអ្នកប្រាប់ប្តីប្រពន្ធ យើងខ្ញុំដោយស្ម័គ្រចិត្តអំពី ប្រវត្តិជាតិសាសន៍/សញ្ជាតិ ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនប្រើប្រាស់ ការពិចារណាសិទ្ធិទទួល អត្ថប្រយោជន៍របស់លោកអ្នកទេ ។</p>	<p><input type="checkbox"/> ជនជាតិសាសន៍អាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក ឬអាមេរិកស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឬឡាទីន</p> <p><input type="checkbox"/> ដើមកំណើតហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> ជនជាតិផ្សេងទៀត _____</p>	<p><small>ការពិសោធន៍ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជំរុញការយល់ដឹង និងសកម្មភាព ដែលបានត្រូវគ្រប់គ្រងដោយក្រសួងសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ច ។ គ្មានអ្នកណាម្នាក់នឹងត្រូវរាប់បញ្ចូលចេញពីកម្មវិធីទាំងនេះ និង សកម្មភាពទាំងឡាយនៅក្នុងមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃ ជនជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ លទ្ធិ អត្ថប្រយោជន៍គោលនយោបាយជនជាតិ ដើម សាសនា ភាព ឬ អសមត្ថភាពនោះទេ ។</small></p>
--	--	--

សូមធានាដោយយកចិត្តទុកដាក់ មុនពេលចុះហត្ថលេខា

ការដាក់ពាក្យសុំនេះ សម្រាប់គ្រប់គ្រងការផ្តល់ជូនសេវាសុខភាព របស់តួនាទីលោកអ្នកក្នុងប្តីប្រពន្ធ ។ ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានទទួល ឬចង់ដាក់ពាក្យសុំប្រាក់កម្រៃសុខភាព ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងក្រសួងសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ច ឧស័សៈ នៃការវិចារណ៍យសវេសហត្ថលេខា ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់លោកអ្នក (CSO) ។

- គ្រួសារសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ច អាចសុំឱ្យលោកអ្នកបង្ហាញអំពី ព័ត៌មាន ដែលលោកអ្នកកំពុងតែឱ្យពួកគេប្រាប់លោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិ ។លោកអ្នកអាចសុំជំនួយពីក្រសួងសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ចក្នុងការ ទទួលយកសេចក្តីបញ្ជាក់ ។
- ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្តល់ជូនសេវាសុខភាព ឬ ភ្នាក់ងារដែលទទួលបានសហការ ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនឱ្យចែកចាយ ជាមួយនឹងការធ្វើអន្តោប្រវេសន៍ និងសេវានៃការអន្តោប្រវេសន៍ ឱ្យចូលសញ្ជាតិ ។
- ដោយការស្នើសុំ និងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីសេវាថែទាំ សុខភាពលោកអ្នកម្តងម្កាត់ស្តីពីសេវា ទៅរាល់ផ្នែកគាំទ្រផ្លូវ សាស្ត្រណាមួយ និងទៅលើការចំណាយរបស់ភាគីទីបីណាមួយ សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ។
- គ្រួសារសុខាភិបាល និងសង្គមកិច្ច អាចចែករំលែកប្រវត្តិ នៃការ ចាក់ថ្នាំបង្ការជាមួយនឹងប្រពន្ធតាមដានការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់ កុមារ ។

<p>សេចក្តីអះអាង និងហត្ថលេខា ខ្ញុំបានអាន និងយល់អំពីព័ត៌មាននៅក្នុងការដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ ហើយ ។ ខ្ញុំប្រកាសថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានឱ្យនៅក្នុង ពាក្យស្នើសុំនេះពិត ជាត្រឹមត្រូវ និងពេញលេញដោយយល់ច្បាស់ខ្ញុំ ។</p>	<p>ហត្ថលេខារបស់អ្នកដាក់ពាក្យសុំ</p> <p>X _____</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ</p>
--	---

របៀបដាក់ពាក្យ

<p>ផ្ញើសំបុត្រទៅ: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98504-5531</p>	<p>សម្រាប់ជំនួយ: ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬមាន សំនួរ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-543-7669.</p>
--	--